**社会福祉施設等の新型コロナウイルス感染症集団発生報告**

こちらは、那覇市内の施設等からの保健所 提出用様式です

**下記の場合に保健所にも報告ください （あたるものに〇印をつけて下さい）**

　ア. 死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した

　イ. 10名以上又は全利用者の半数以上発生した

　ウ. ア及びイに該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた

**報告年月日　　令和　５　年　　　　　月　　　　　日**

**施設名**

**施設住所　那覇市**

**施設長名　　　　　　　　　　　　　報告者名**

**電話番号　　　　　　　　　　　　　FAX**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和 ５ 年　　 月　　　日（　　）　　　　　　　　　　～　　　　　　　月　　　日（　　）** | **１週間の 感染者数** |
| **内　訳** | **利用者****（その中でお亡くなりになった数）** | **名****（　　　　　　　　　　　　　名）** |
|
|
| **職員** | **名** |
|
|

送信先：那覇市保健所 保健総務課　感染症グループ　新型コロナ担当

**ＦＡＸ ０９８－８５３－７９６６**

　　 電　話　　098-853-7971

 メール　　K-SOU001@city.naha.lg.jp

 対応日時　　月～金　 8時30分～17時15分

※ＦＡＸの場合、送信票や表紙は不要です。電話番号のお間違えに十分ご注意ください。